Aus der Königlichen Universitäts-Frauenklinik
in Königsberg i. Pr.

Stanford University Library
DEC 19 1903

Ueber

Syphilis hereditaria.

Inaugural-Dissertation

der

medizinischen Fakultät zu Königsberg i. Pr.

zur

Erlangung der Doktorwürde

in der

Medizin, Chirurgie und Geburtshilfe

vorgelegt von

Johannes Kühnlein,
z. Zt. Einj.-freiw. Arzt im 2. Ostpreussischen Feldartillerie-Regiment No. 52.

Promotion: Montag, 3. August 1903, 3½ Uhr nachm.

Königsberg i. Pr.
Buch- und Steindruckerei von Eduard Quatz
1903.

Gedruckt mit Genehmigung der
medizinischen Fakultät der Königl. Albertus-Universität
zu Königsberg i. Pr.
Referent: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Garrè.

In der medizinischen Literatur finden wir die Frage der Syphilis hereditaria, entsprechend der einschneidenden Bedeutung, die sie für das gesamte Volksleben hat, so häufig und eingehend erörtert wie wenige andere. Syphilidologen, Geburtshelfer, Kinderärzte und praktische Aerzte haben sich vielfach damit befasst, sich und der ganzen medizinischen Welt Klarheit auf diesem Gebiete zu schaffen. Leider haben unter diesen noch am wenigsten die praktischen Aerzte hier geforscht, obwohl gerade der Hausarzt am meisten Gelegenheit hat, Licht in das noch bestehende Dunkel zu bringen. Er ist am besten in der Lage, in das Leben und Treiben seiner Patienten einen Einblick zu gewinnen und ihren und ihrer Kinder Gesundheitszustand dauernd zu beobachten. Vielleicht wird ihm, als dem Freunde der Familie, am ehesten selbst in den heikelsten Dingen eine offene und wahrheitsgetreue Antwort gegeben. Andererseits darf aber nicht vergessen werden, dass ihm zu wissenschaftlichen Arbeiten wenig Zeit bleibt und dass solche nun einmal vornehmlich in den Bezirk des klinischen und spezialistischen Schaffens gehören. Es ist kein Zufall, dass unter den Spezialisten

und Klinikern jene genannten drei, die Syphilis hereditaria so oft zum Gegenstande ihrer Erörterungen machen. Dem Syphilidologen und dem Kinderarzt drängt sich naturgemäss dieses Forschungsgebiet von selber auf. Wie steht es aber mit dem Geburtshelfer? Da er über die erste Pflege des Neugeborenen zu wachen hat, so wird auch er häufig genug dieser Frage näher treten müssen. Dazu kommt noch, dass Schwangere, besonders in den letzten Monaten, wenn sie sich noch nicht im Latenzstadium einer eventuellen Syphilis befinden, vermutlich infolge der zu dieser Zeit bestehenden Kongestion zu den Geschlechtsteilen, in der Genitalgegend ganz besonders intensive syphilitische Symptome darzubieten pflegen. Es wird daher der Geburtshelfer kaum dieselben übersehen können, zumal er doch häufigsr als ein anderer Arzt seine Graviden untersuchen wird und vielleicht auch, wie es ja die Verhältnisse mit sich bringen, genauer. Allerdings hat er seine Schwangeren, Gebärenden und Wöchnerinnen nur eine relativ kurze Zeit in der Kontrolle. Und ein weiterer Missstand besteht, vorzüglich beim klinischen Material, darin, dass der Geburtshelfer über den Erzeuger nur selten genauere Angaben hören wird. Ja, er hat in der Klinik häufig genug mit Mädchen zu tun, die nicht einmal den Vater ihres Kindes kennen. Meistens wird er wiederholt und aufs allereindringlichste fragen müssen, um einigermassen klar in dem gerade vorliegenden Falle blicken zu können. Und sieht er dann später seine Geburtsberichte durch, so fehlt ihm schliesslich zum mindesten jede Angabe über das weitere Gedeihen der betreffenden Kinder, und nur selten wird er durch Nachfragen darüber

etwas eruieren können, sobald Mutter und Kind die Klinik verlassen haben, während der Syphilidologe und der Kinderarzt ihre ehemaligen Patienten gewöhnlich öfter wieder zu Gesicht bekommen. Es bietet also die Lösung der vorliegenden Frage dem Geburtshelfer im grossen und ganzen recht erhebliche Schwierigkeiten; ganz besonders gilt dies von dem Material der Klinik, obwohl dieses gerade eine Unzahl in dieses Gebiet gehörender Fälle darbietet.

Im laufenden Jahre nun häuften sich auffallend in unserer Königsberger Universitäts-Frauenklinik die Geburten syphilitischer Früchte, sodass ich mich auf die dankenswerte Anregung meines hochverehrten Lehrers, Herrn Professor Dr. Winter, hin veranlasst sah, die einschlägigen Fälle der letzten fünf Jahre zu verarbeiten. Obwohl ich nun eine stattliche Zahl solcher vorfand, so war es mir doch nicht möglich, alle wissenschaftlich zu verwerten. Während auf der einen Seite anamnestisch absolut nichts festzustellen war, weder über den Vater noch über die eventuelle Lues der Mutter, war es auf der andern Seite unmöglich, das weitere Gedeihen der lebend und ohne jegliche krankhaften Erscheinungen geborenen Kinder syphilitischer Eltern zu verfolgen. Und selbst diejenigen Fälle, die ich dieser Arbeit zugrunde legte, sind nicht gänzlich von Lücken frei, was eben an der Beschaffenheit des klinischen Materials an sich liegt. Es war mir daher unmöglich, auf alle hierher gehörigen Fragen einzugehen, doch konnte ich immerhin einige derselben näher erörtern, nachdem ich mich auch noch bemüht hatte, durch persönliches Vorsprechen, schriftliche Erkundigungen, In-

anspruchnahme der Polizei hier und da die Geburtsberichte zu ergänzen. Verwandt habe ich für meine Arbeit 55 Fälle, in denen einerseits die Lues der Eltern an ihrer eigenen Person, sei es an Vater oder Mutter, sei es an allen beiden, teils durch die Anamnese, teils durch den Befund nachgewiesen werden konnte, andererseits, wenn über die Eltern nichts für unsere Frage in Betracht kommendes zu eruieren war, an den Kindern, indem diese sichere hereditär-luetische Symptome darboten. Die Lues der Eltern äusserte sich bei den 55 Kindern folgendermassen: 33 Früchte (60%) kamen im VI.—X. Schwangerschafts-Monat in mehr oder minder starkem Zustande der Maceration zur Welt. Davon boten 24 die typischen Veränderungen der Viscera dar, beziehungsweise das Wegnersche Zeichen. Letzteres fehlte in keinem Fall, während Veränderungen der Eingeweide bei 4 dieser Früchte nicht zu finden waren. Die Eingeweideerkrankungen hatten an Leber und Milz statt. Vorzüglich erstere zeigte sich häufiger hochgradig verändert gemäss der Hochsingerschen Theorie der kongenital-syphilitischen Frühaffekte. Bei einem 25. Fall, der nicht zur Sektion kam, äusserte sich die Syphilis hereditaria in einem typischen Pemphigus syphiliticus palmarum. Von den noch bleibenden 8 Früchten konnten 5 nicht seciert werden, während die anderen 3 bei der Sektion irgendwelche luetischen Erscheinungen nicht zeigten. Diese 3 Fälle haben folgenden Vorgang:

a) $1^1/_2$ Jahre vor Geburt der im VII. Schwangerschaftsmonat geborenen Frucht erkrankte die Mutter an den Folgen einer Infektion durch den damals an florider Lues

leidenden Erzeuger. Sie machte sofort eine 4 wöchentliche Schmierkur durch und wurde als geheilt aus der Behandlung entlassen. Sie hat dann mit demselben Manne, von dem sie nicht wusste, ob er sich hat behandeln lassen, weiter bis etwa 1 Monat nach ihrer Schwängerung verkehrt. Anderen geschlechtlichen Verkehr hat sie nicht gepflogen. 5 Monate vor Geburt des Kindes bekam sie ein Kondyloma latum am After, das bei Geburt des Kindes in der Klinik neben einem mässigen Exanthem noch bestand. Einer zweiten Behandlung hat sie sich nicht unterzogen. Der Vater der Frucht konnte nicht befragt werden, da er einige Zeit vor der Entbindung der Mutter beim Untergange eines Dampfers mit verunglückt war. Die Untersuchung und Befragung der Mutter ergab als Grund der Frühgeburt der macerierten Frucht nichts anderes als die Lues der Eltern, zumal eine Placentarerkrankung nicht vorhanden war.

b) 1 Jahr und 2 Monate vor der Geburt der 8 Monate alten macerierten Frucht hatte die Mutter einen Primäraffekt und Roseola. Bald traten Heiserkeit, Erkrankung beider Mandeln und ein Geschwür an der Unterlippe hinzu. Nunmehr machte sie eine 5 Wochen lange Schmierkur durch und glaubte sich geheilt. 5 Monate später kam ein Nachschub. Patientin wurde daraufhin mit Einspritzungen behandelt, denen sie sich jedoch nur 6 Male unterzog. Bei der Geburt des Kindes waren luetische Erscheinungen an ihr nicht nachweisbar. Die Placenta zeigte einige weissliche Verdickungen. Lues der Placenta konnte mikroskopisch nicht nachgewiesen werden. Ueber den Vater war nichts festzustellen.

c) 4 Monate vor Geburt des 9 Monate alten macerierten Kindes hatte sich die Mutter wegen sekundärer Syphilis mit Einreibungen behandeln lassen. Bei ihrer Entbindung zeigte sich auf dem rechten Labium majus noch eine in der Heilung begriffene Papel. Ein Jahr vorher machte Patientin eine Frühgeburt im VI. Monat durch. Das Kind war maceriert, aber äusserlich frei von luetischen Symptomen. Seciert war es nicht worden. Mehr war bei diesem Fall nicht festzustellen. Die Placenta bot nichts Krankhaftes.

Sodann befanden sich unter den 55 drei frischtote Kinder (5,5 %) im VI., IX. und VII. Monat. Die sieben Monate alte Frucht ergab bei der Obduktion nur eine Osteochondritis syphilitica, die anderen beiden ausser dieser noch Erkrankungen der Leber und Milz.

Schliesslich erblickten 19 Kinder (34,5 %) im VII. bis X. Monat der Schwangerschaft das Licht der Welt. **Von ihnen leben nur noch 2 (3,6 %). Das eine ist jetzt 1½ Jahre alt und hat ausser einer Rhachitis, an der es augenblicklich leidet, nie irgendwelche krankhaften Erscheinungen gehabt. Das zweite ist 4 Monate alt und vom Moment der Geburt an bis jetzt völlig gesund geblieben.** Der an Zahl überwiegende Theil (17) hat sich nicht lange des irdischen Daseins freuen können. 6 sind nur 4 Wochen und zum Teil etwas älter geworden. Die übrigen 11 haben nur 10 Minuten bis höchstens 2 Tage gelebt. Eine dieser Früchte wies einen Hydrocephalus, eine Spina bifida in der Lendenwirbelgegend und Klumpfüsse auf. Ausserdem hatte sie Pemphigus syphiliticus. Sie lebte eine Stunde. Die Sektion

konnte nicht vorgenommen werden. Ein zweites Kind aus der Zahl der genannten 17 kam völlig ausgetragen am regelrechten Ende der Gravidität, kräftig und gesund zur Welt, nahm reichlich Nahrung zu sich, wurde aber am Morgen des dritten Tages ohne greifbare Veranlassung plötzlich kreidebleich, dann blau und starb unter Muskelzuckungen des Gesichts. Durch die Obduktion war eine Lues nicht festzustellen. 9 zeigten teilweise Pemphigus syphiliticus palmarum et plantarum und liessen sämtlich bei der Sektion typische Veränderungen der Leber und Milz und Osteochondritis syphilitica erkennen. Ja, in einem Falle trat zu den 4 genannten Erscheinungen, die besonders stark ausgeprägt waren, noch eine Hepatisation der Lungen hinzu. Die mikroskopische Untersuchung dieser Lungen bot das Bild der Endarteriitis syphilitica. Auch über die Früchte, die 4 Wochen und darüber alt wurden, muss noch dies und jenes hervorgehoben werden. 2 kamen als kräftige, gesunde Kinder zur Welt und nahmen genügend Nahrung zu sich. Sie starben nachher an Schwäche. Die Sektion konnte nicht erwirkt werden. Eins magerte schon in der Klinik stark ab, zeigte aber sonst nichts, was den Verdacht auf Lues congenita erwecken konnte. Das vierte hatte zweifellosen Pemphigus lueticus. Es konnte ebensowenig wie das vorher Genannte seciert werden. Nummer 5 wurde ohne sichtbare Zeichen einer Lues geboren und schrie kräftig. Trotzdem dieses Kind reichlich Nahrung bekam und auch dieselbe bei sich behielt, nahm es im Laufe der ersten Lebenswoche fast um 400 g ab. Dann stellte sich ein hartnäckiger Dünndarm-Katarrh trotz sorgfältigster Pflege

ein. Wegen vorliegender Wahrscheinlichkeit hereditärer Lues wurde es, obgleich Merkmale nicht feststellbar waren, täglich auf Anraten eines Syphilidologen mit $^1/_4$ g Quecksilber geschmiert. Schliesslich wurde es der kinderärztlichen Praxis übergeben. In der 3. Woche bekam es Coryza und gegen Ende der 4. Woche verstarb es. Die Sektion fiel inbezug auf Lues hereditaria negativ aus. Und auch der sechste hierher gehörige Fall hat seine Besonderheit: Es entwickelte sich hier bei dem bis dahin scheinbar gesunden Kinde in der 4. Woche Pemphigus syphiliticus. Die Sektion ergab die charakteristische Lebervergrösserung, es fehlte aber die Osteochondritis. Dies ist der einzige sämtlicher Fälle, soweit sie überhaupt syphilitische Organveränderungen darboten, bei dem dies Zeichen im Stiche liess.

Nun wollen wir zur näheren Erörterung einzelner Fälle dieser zweiten Gruppe (abgesehen natürlich auch von den frischtot geborenen Früchten, deren Krankenberichte nichts Besonderes bieten) die Vorgänge heranziehen!

I. Die Mutter des augenblicklich noch lebenden, an Rhachitis leidenden Kindes hatte bereits früher 2 normale Partus durchgemacht. Beide Kinder waren ausgetragen und gesund. Sie leben noch. Die hier in Betracht kommende Gravidität rührte von einem anderen Manne her, mit dem sie seit über 1 Jahr allein verkehrte. Zuletzt hatte sie diesen Verkehr 4 Monate vor der Geburt des Kindes gepflegt. Bei ihrer Aufnahme in die Klinik kurz vor Geburt des Kindes hatte sie am ganzen Körper ein rotbraunes fleckiges Exanthem, das von Syphilidologen für ein luetisches erklärt wurde, Papeln und

Plaques an der rechten Tonsille. Die Placenta zeigte stellenweise weissliche Verdickungen. — Mithin lässt sich die Rhachitis des Kindes als eine jener parasyphilitischen Erscheinungen nach Fournier („Syphilis et mariage") bezeichnen. Da die anderen beiden Kinder dieser Person gesund sind, so könnte man es schwer verstehen, weshalb dieses Kind gerade, da doch infolge der Gesundheit jener beiden gute Pflege und Nahrung anzunehmen ist, an Rhachitis erkranken konnte. Fasst man diese Erkrankung hier aber als Parasyphilis auf, so kann man dies auf zweierlei Weise erklären. Erstens: Der Erzeuger war zur Zeit jenes befruchtenden Coitus bereits luetisch, seine Lues war aber nicht sehr recent, konnte aber immerhin auf das Sperma irgendwie gewirkt haben. Erst später flackerte sie wieder auf und vermochte so die Mutter zu infizieren. Die Beeinträchtigung des kindlichen Organismus geschah also hier durch das Sperma und das ihm anhaftende Virus. Zweitens: Der Mann war zur Zeit der Zeugung gesund, erwarb sich seine Lues erst später, infizierte die schwangere Mutter vielleicht bei dem letzten, 4 Monate vor Geburt des Kindes stattgehabten Coitus. Die Wirkung auf den Foetus müsste dann eine postkonzeptionelle sein, wofür die Plazentarerkrankung sprechen könnte. Dieses letztere würde mit Rosinskis Anschauungen über die postkonzeptionelle Uebertragung („Die Syphilis in der Schwangerschaft") übereinstimmen. Auch Hochsinger („Ueber das Collessche Gesetz u. d. Choc en retour b. d. hered. Syph.") sagt: „Der Foetus wird durch postkonzeptionelle Infektion der Mutter nur syphilitisch, wenn die Placenta selbst vorher syphili-

tisch miterkrankt". Und so wäre inbezug auf diese Anschauung doch auch einmal ein Fall aus der „Spitalpraxis", wenn auch nicht beweisend, so doch der Erwägung wert. Wenn nun schliesslich Finger („Vererbung der Syphilis") erwähnt, dass die schädliche Wirkung der plazentaren Infektion für das Kind eine weit höhere ist, als die durch rein paterne Vererbung, so muss mein Fall besagen, dass er entweder infolge dieser leichten Erkrankungsform nur ein solcher rein paterner Vererbung ist oder aber, dass es auch Fälle giebt, die der genannten Ansicht Fingers widersprechen.

II. Die Mutter des jetzt 4 Monate alten und noch völlig von Erscheinungen, die Verdacht auf hereditäre Syphilis erwecken könnten, freien Kindes gab an, niemals Syphilis gehabt zu haben. Objektiv war an ihr nichts nachzuweisen, was die Diagnose Lues materna hätte begründet erscheinen lassen. Wohl aber hatte ihr Mann sich zwei Jahre, bevor er die Ehe einging, 11 Jahre vor Geburt des Kindes luetisch infiziert. Er machte damals eine Schmierkur von 12 Tagen durch und will dann niemals mehr ein Rezidiv gehabt haben, sondern stets kräftig und gesund gewesen sein. Augenblicklich bot er auch nicht das geringste Anzeichen einer Lues. Vor Geburt dieses Kindes hat nun Patientin 9 Male bereits geboren, aber niemals ein lebendiges Kind gehabt, immer trat Unterbrechung der Schwangerschaft vom II. bis VIII. Monat ein und zwar in ziemlich regelrechtallmählicher Abstufung. Als Erklärung für diese Fehlgeburten konnte nach Anamnese und Befund nur die ehemalige Lues des Mannes herangezogen werden. Durch

die Zeit hat sein Sperma an Virulenz mehr und mehr verloren und die Unterbrechung der Gravidität trat in immer späteren Monaten ein, bis schliesslich ein lebendes und gesundes Kind geboren wurde. Im grossen Rahmen würde dies ja mit den Ansichten Fourniers, Fingers, Rosinskis übereinstimmen.

Weitere Schlüsse kann ich aus diesem Fall nicht ziehen, da ja die unausgetragenen Früchte dieser Frau zur Sektion nicht gelangt sind. Eine spezifische Behandlung des Mannes oder der Frau hat während der Ehe nicht stattgehabt. Es handelt sich also nur um den abschwächenden Einfluss der Zeit.

III. Neben der vorher erwähnten Rhachitis bildet einen weiteren Beitrag zu Fourniers „indirekten Produkten der Syphilis der Eltern" mein Fall von Hydrocephalus. Ja, es bestand hier sogar noch, wie gesagt, Spina bifida und Klumpfuss. Dazu kam als direktes Produkt der Pemphigus syphiliticus. Mithin handelte es sich um ein ganz besonders schwer affiziertes Kind. Die Mutter bekam kurz vor der Konception einen rotfleckigen Ausschlag auf dem ganzen Körper. In den 2 Jahren vor Geburt des Kindes hatte sie nur mit einem Mann, dem Erzeuger der Missgeburt, verkehrt. Dieser hat den gleichen Ausschlag einige Zeit vorher gehabt und ist deshalb behandelt worden. $^1/_4$ Jahr nach dem Auftreten verschwand der Ausschlag wieder, um nach 1 Monat abermals zum Vorschein zu kommen. Nach weiteren 2 Monaten gesellten sich breite Kondylome an den äusseren Genitalien hinzu, und nun erst unterzog sich die Gravide 45 Einreibungen. Bei der Aufnahme in die Frauen-

klinik kurz vor ihrer Entbindung hatte sie noch auf dem Körper abgeblasste Roseola. Vielleicht liegen die Verhältnisse hier so: Der Mann ist luetisch. Er lässt sich behandeln, nachdem er zuvor die Mutter dieses unglücklichen Geschöpfes infiziert hat. Nach seiner Behandlung schwängert er sie. Kurz vor der Konception tritt bei ihr bereits die Lues auf und geht, da sie noch recent ist, voll wirkend auf das betreffende Ovulum über. Im VI. Monat der Gravidität macht die Mutter eine ordentliche Kur durch, durch welche wohl das Absterben dieser Frucht in utero verhindert wird, und so kommt denn jenes Wesen zur Welt, dessen Lebensfähigkeit nur für eine Stunde ausreicht. Also stand wahrscheinlich das Sperma des Vaters unter dem günstigen Einfluss der eben durchgemachten merkuriellen Behandlung, während das Ovulum der Mutter sehr wohl anhaftendes Virus haben konnte. (Eine Plazentarerkrankung konnte nicht festgestellt werden). Für eine Akkumulation durch die zusammentreffende Wirkung der eventuell noch bestehenden Lues des Vaters und der der Mutter möchte ich mich nicht erklären, da mir die Auseinandersetzungen Rosinskis über diesen Punkt in Erwägung der allgemein anerkannten Theorie, dass ein syphilitischer Organismus sich gegenüber dem Kontakt mit einem anderen solchen immun verhält, einleuchtend erscheinen.

IV. Auch für jene Frucht, die, gesund geboren, plötzlich gewissermassen aus heiterem Himmel 2 Tage nach der Geburt verstarb, ohne dass die Sektion eine Erklärung für den unerwarteten Tod brachte, giebt der zugehörige Krankenbericht Anlass zu einigen Betrachtungen:

Zu Beginn des IX. Monats ihrer Schwangerschaft kam die Mutter zur Aufnahme in die Frauenklinik. Bei der Untersuchung zeigten sich multiple breite Kondylome an den Genitalien und am After. Sonstige Zeichen von Lues waren nicht sichtbar. Ueber den Erzeuger machte die Gravide nur die Angabe, dass er der einzige Mann wäre, mit dem sie seit etwa einem Jahre verkehrt hätte. Für die Annahme eines Nachschubs einer weiter zurückliegenden Lues bot sie keinen anamnestischen Anhalt. Sie wurde nun während eines Monats mit 30 Spritzen Sublimat à 0,01 g behandelt, woraufhin die genannten Erscheinungen zurückgingen. Ihre Syphilis hatte diese Frau wohl von dem Erzeuger; das dem Sperma dieses anhaftende Virus ist offenbar die Ursache des plötzlichen Todes des Kindes gewesen. Denn wäre die Todesursache in der Syphilis der Mutter zu suchen, so müsste eine postkonceptionelle Uebertragung vorliegen, und wir hätten eine Plazentarerkrankung vorfinden müssen, was nicht der Fall war. Sollte aber die Mutter schon vor der Konception durch den Erzeuger ihres Kindes infiziert worden sein, wogegen die zeitlichen Verhältnisse sprechen, und dieser Erzeuger gesund gewesen sein, würden wir es also mit einer rein maternen Uebertragung zu tun haben, so müsste das Kind doch nach den jetzt verbreitetsten Anschauungen (Fournier, Rosinski) schwerere Erscheinungen dargeboten haben, zumal die Mutter doch erst relativ spät zur Behandlung veranlasst wurde. Denn nach der Literatur und den darin veröffentlichten Fällen sind die Schwangerschaftsresultate bei väterlicher Uebertragung gewöhnlich besser als bei der mütterlichen, wo-

bei nach Rosinski die Hauptrolle der Umstand spielen soll, dass die väterliche Syphilis gewöhnlich älteren Datums ist. Immerhin wird vielleicht auch die Behandlung der Mutter im IX. Monat der Gravidität einiges dazu beigetragen haben, dass das Kind sich so absolut negativ inbezug auf den Verdacht auf Lues verhielt. Ohne dieselbe hätte es uns vielleicht einen Pemphigus oder Aehnliches dargeboten, während es so, gesund und kräftig 2 Tage lang, unerwartet an, ich will es ruhig mit Rosinski sagen, Parasyphilis zu Grunde ging.

V. Ganz besonders erregt unter den 55 Fällen einer Interesse durch intensivste Organerkrankungen. Es handelt sich um jenen Fall, bei dem sich bei der Sektion auch eine Hypatisation der Lungen und mikroskopisch an diesem Organ eine Endarteriitis syphilitica vorfand. Die Leber zeigte sich bretthart und bedeutend vergrössert (1 : 13), ebenso war die Milz sehr gross. Die Osteochondritis syphilitica war sehr deutlich ausgesprochen. Das Kind kam asphyktisch zur Welt und hatte Pemphigus syphiliticus. Es starb nach 10 Minuten. Die Mutter hatte $1^1/_4$ Jahr vor Geburt dieses Kindes eine Frühgeburt im VI. bis VII. Monat durchgemacht. Das Kind soll totfaul zur Welt gekommen sein. Die hier in Frage stehende Schwangerschaft sollte von einem anderen Manne herrühren. Ausser etwas vergrösserten Kubitaldrüsen bot die Mutter nichts, was den Verdacht auf Lues erwecken konnte. Ueber eine eventuelle Lues des Vaters machte sie keine Angaben. Sie gab über sich selbst an, dass sie vor 4 Jahren einen Knötchenausschlag an den Beinen gehabt habe. Von einer Behandlung sprach sie

nicht. Es ist wohl möglich, dass jener Ausschlag ein syphilitischer gewesen, doch lassen sich daraus allein keine Schlüsse ziehen. Jedenfalls ist es aber auffallend, dass dieselbe Mutter, von 2 Männern, je einmal befruchtet, einmal ein totfaules Kind zur Welt bringt, das andere mal ein solches mit schwersten syphilitischen Visceral-erkrankungen. Zuerst wird ein Kind totfaul im VI. bis VII. Monat der Schwangerschaft geboren und dann jenes lebende, ausgetragene Kind, das bald nach der Geburt an seiner ererbten Syphilis eingeht. Das stimmt völlig überein mit dem, was bisher über die Reihenfolge der Geburten syphilitischer Kinder beobachtet worden ist. Denkt man nun noch an jenen Ausschlag und die vergrösserten Kubitaldrüsen, so liegt die Annahme der Lues materna zum mindesten sehr nahe.

VI. VII. VIII. Es sind dies die Berichte über die drei Fälle, in denen die Früchte 4 Wochen und darüber alt wurden, während ihres Lebens keine syphilitischen Symptome darboten und dann an Schwäche starben, ohne dass dann die Sektion vorgenommen werden konnte.

VI. Die Mutter hatte im 6. Schwangerschaftsmonat einen Primäraffekt am Genitale. Ausschlag, gab sie an, nicht gehabt zu haben. 4 Wochen nach dem Auftreten des Primäraffekts wurde sie mit Einreibungen behandelt und nach 2 monatlicher Behandlung für geheilt erklärt. Bei der Aufnahme in die Frauenklinik waren Residuen breiter Kondylome in der linken Schenkel-Schamspalte sichtbar. Die Placenta zeigte einige bis 5 pfennigstück-grosse, weisslich-verdickte Herde. Das Resultat der mikroskopischen Untersuchung der Placenta erweckte Verdacht

auf Placentarlues, obwohl sie kein typisches Bild derselben bot. Leider fehlte jegliche Angabe über den Erzeuger. Die Affektion der Placenta musste aber immerhin die Annahme einer postkonceptionellen Syphilis hereditaria des Kindes nahe legen. Diese könnte dann den sonst unerklärlichen Tod des Kindes als eine parasyphilitische Erscheinung glaubhaft machen. Dass das Kind während seines Lebens keine syphilitischen Symptome darbot, war vielleicht eine Folge der intensiven Behandlung der Mutter.

VII. Die zweite hier in Betracht kommende Mutter hatte 8 Jahre vor Geburt dieses Kindes eine Syphilis durchgemacht. (Primäraffekt, Kondylome, angebl. kein Aussch.) Sie war nicht behandelt worden. Drei Jahre darauf gebar sie ein **Kind, das sofort nach der Geburt verstarb.** Bei der Aufnahme in die Frauenklinik vor Geburt dieses Kindes zeigte sie am After, am linken Oberschenkel, am rechten Labium majus scheinbar alte, zum grössten Teil bräunlich pigmentierte breite Kondylome, die nicht mehr nässten. Mithin handelt es sich hier um eine sichere Syphilis der Mutter. Wenn nun auch über den Vater nichts angegeben wurde, so war es zur Beurteilung dieses Falles für mich ohne Belang, da ich, wie vorher erwähnt, mich der Ansicht anschliesse, dass eine gemischte Uebertragung von Mutter und Vater auf das Kind nicht mit der Erfahrung vereinbar ist, dass ein syphilitischer Organismus gegen die Infektion durch einen anderen derartigen gefeit ist. Ich nehme hier eine Lues hereditaria mütterlicherseits an und erkläre den Tod des Kindes, da schlechte Ernährung u. s. w. hier nicht vorlagen, als ein parasyphilitisches Symptom. Es

handelt sich um eine schon abgeschwächte Wirkung des Virus, da die Infektion der Mutter 8 Jahre zurückliegt.

VIII. Die dritte Mutter wurde $^1/_4$ Jahr vor der Konception an breiten Kondylomen behandelt. Ueber einen vorangegangenen Ausschlag wusste sie nichts. Sie gab an, nur mit einem Manne intimen Umgang gehabt zu haben. Der Aufnahmebefund der geburtshilflichen Klinik wies den Passus auf: „An beiden Oberschenkeln und an der unteren Rückenregion zahlreiche flache Erhabenheiten, die mit narbig veränderter Haut überdeckt sind. Keine Kondylome. Keinerlei Zeichen von Lues." Auch hier konnte, wenn auch die Mutter von dem Erzeuger dereinst ihre Syphilis hatte, das syphilitische Sperma dem sicher doch wohl bei der Konception bereits syphilitischen Ovulum der Mutter nichts mehr anhaben. Auch hier haben wir mithin eine mütterliche Uebertragung vor uns. Da die Behandlung der Mutter nicht so weit von der Konception zeitlich entfernt war und voraussichtlich eine gründliche gewesen war (Krankenhausbehandlung), so vermochte das Virus nur die Lebensfähigkeit der Frucht zu alterieren. Also abermals ein Fall von parasyphilitischem Symptombild.

IX. Eine recht bemerkenswerte Vorgeschichte hat jene Nummer 5 der sechs lebend geborenen Kinder, die sämtlich ein Alter von etwa 4 Wochen erreichten. Die Eltern des Kindes ergaben sich als wohlsituierte und gebildete Leute. Der Vater hatte im Februar 1900 ein Ulcus durum, das nach etwa 3wöchigem Bestehen galvanokaustisch beseitigt wurde, und als Begleiterscheinung geringe schmerzlose Leistendrüsenschwellung. Mitte April trat schwach sichtbare Roseola auf, die nach wenigen Tagen wieder verschwand.

Danach erhielt er 30 Quecksilber-Einreibungen anfangs zu je 3 gr, später zu 4 gr, nach jeder 5. Einreibung ein Warmbad. Ende Juli stellten sich leichte Halsbeschwerden ein und auf der rechten Gaumenmandel ein weisser Belag. Er wiederholte die vorher erwähnte Kur, während welcher eben genannte Erscheinungen zurückgingen. Darauf nahm Patient einige Wochen lang Jodkali. Nunmehr blieb der Kranke frei von jedweden syphilitischen Erscheinungen und machte im Dezember eine dritte Serie von 30 Einreibungen durch, an die er Einnehmen von Jodkali wiederum anschloss. Im März 1901 bekam er kaum handtellergrosse, trockene, flechtenartige Ausschlagflächen am Halsansatz und auf dem Rücken. Es erfolgten sofort 24 Quecksilber-Einreibungen zu je 3 gr und jeden zweiten Tag abwechselnd ein Dampf- und ein Wannenbad. Anschliessend trug Patient monatelang einen Merkolintschurz. Juni 1901 erschien ein dem vorher genannten ähnlicher trockener Ausschlag oberhalb des Afters. Nunmehr liess Patient sich 12 Male mit grauer Salbe zu je 3 gr einreiben und nahm Bäder wie vorher. Der Ausschlag verschwand zu Beginn dieser Kur. Es traten keinerlei luetische Erscheinungen mehr auf. Patient trug bis Mitte 1902 fast ständig den Merkolintschurz. Im Juli 1901 heiratete Patient (also in der bereits symptomfreien Periode). Seine Frau hat nach ihrer, ihres Mannes und ihres Arztes Aussage nie die geringsten luetischen Erscheinungen gehabt, sondern ist stets gesund und kräftig gewesen. Im Oktober 1901 abortierte sie im II. Schwangerschaftsmonat. Im Dezember 1902 gebar sie jenes als Nummer 5 vorher bezeichnetes Kind. Die Placenta wies mehrere, etwa 50pfennigstückgrosse weisse Infarkte auf, zeigte aber keine syphilitischen Veränderungen.

Wir haben es hier, wenn wir jene Lehre von der latenten Syphilis der Mutter ex patre luetischer Kinder mit Kassowitz und Hochsinger als überwunden bezeichnen, **mit einem sicher syphilitischen Kinde einer sicher gesunden Mutter zu tun.** Denn es ist gleichfalls nicht zu erwarten, dass, nachdem die Mutter in der letzten Zeit der Schwangerschaft, in der doch gerade syphilitische Symptome üppig aufzutreten pflegen, und drei Wochen nach Geburt des Kindes in der geburtshilflichen Klinik täglich inbezug auf Lues erfolglos beobachtet worden ist, irgend etwas übersehen sein konnte. Wenn sie durch choc en retour von ihrem Kinde oder während der Gravidität von ihrem Gatten inficiert worden wäre, so hätten sich doch während der ziemlich langen Beobachtungszeit irgendwelche Symptome der erfolgten Infektion dartun müssen (besonders bei den dafür äusserst günstigen Verhältnissen in den letzten Schwangerschaftswochen). **Somit wäre dies ein Fall der reinpaternen Uebertragungsform.** Trotzdem nun der Vater sich so eingehend hatte behandeln lassen und zur Zeit der Heirat frei von kontagiösen Erscheinungen war, ging das Kind dennoch nach 4 Wochen ein, nachdem es zuvor seine erbliche Belastung noch durch die Coryza offenbart hatte. Dass bei der Sektion Eingeweide- und Knochenerkrankungen nicht gefunden wurden, ist ein Beweis dafür, dass die Behandlung des Vaters doch die Virulenz der Krankheit abgeschwächt hatte. Die praktische Lehre, die aus diesem Fall zu ziehen ist, geht dahin, dass trotz der intensiven und wiederholten Kuren die Zeit vom Auftreten der ersten Erscheinungen bis zur Heirat zu kurz bemessen war, zumal das wiederholte Neuauftreten des Prozesses ihn als einen schweren kennzeichnete.

Es bedarf nun noch der Begründung, weshalb jene drei Fälle von macerierten Früchten, a, b, c, die doch bei der Sektion nicht das geringste Zeichen einer Lues darboten, unter die 55 Fälle hereditärer Lues aufgenommen werden konnten, da im allgemeinen die Maceration allein in dieser Hinsicht nichts beweist, zumal es zur Regel gehört, dass Frühgeburten im VII., VIII. und IX Schwangerschaftsmonat Organveränderungen zeigen. Der Fall b könnte beanstandet werden, da sich eine Placentarerkrankung zeigte, die als Ursache der macerierten Frühgeburt herangezogen werden könnte. Fall a und c zeigen dagegen in ihrem Vorgang nichts, was die Geburt der macerierten Früchte erklären könnte, wenn wir nicht Lues hereditaria als Ursache annehmen würden. Es erübrigt sich, zu dem ausserordentlich klaren Fall a noch etwas hinzuzufügen. Bei Fall c ist auf die bereits ein Jahr vorher gleichfalls stattgehabte Frühgeburt eines macerierten Kindes im VI. Monat der Gravidität hinzuweisen. Wahrscheinlich liegt die Lues der Mutter hier soweit zurück, dass sie auch als Ursache dieses Ereignisses angesehen werden kann. Und da dieses Kind von 6 Monaten nicht seciert worden ist, so kann man ja nicht wissen, ob es nicht syphilitisch erkrankte Viscera hatte. Durch die Kuren bei a und c konnte die Virulenz des Infektionsüberträgers schliesslich so weit herabgesetzt worden sein, dass eine Erkrankung der inneren Organe nicht eintreten konnte, sondern nur die Lebensfähigkeit des Werdewesens im Allgemeinen durch das Gift geschwächt wurde. Und ich stehe nicht an, dasselbe auch für Fall b anzunehmen, da ja die Placentarerkrankung hier nicht gerade erheblich war. Allerdings stört es ein wenig, dass die Lues hier noch einmal auflackerte, und es

sich also scheinbar um eine schwerere Erkrankung der Mutter handelte, die auch beim Kinde hätte schwerere Erscheinungen zeitigen müssen.

Wie lange macht sich nun überhaupt die Virulenz der Syphilis der Eltern durch Geburten syphilitischer Früchte bemerkbar? Unter denjenigen meiner Fälle, in denen der Zeitpunkt der merkbar beginnenden elterlichen Syphilis absolut sicher feststeht, befinden sich solche, bei denen die Geburt des letzten sicher syphilitischen Kindes 4, 6, 8, ja 10 Jahre von jenem verhänguisvollen Moment abliegt. Ein Fall weist sogar einen zeitlichen Abstand von 12 Jahren auf, doch ist dieser nicht absolut einwandsfrei. Die zahlreichen kürzeren Abstände will ich nicht aufführen, da ja die langen allein interessieren. In jenem Falle, in dem noch nach zehn Jahren ein syphilitisches Kind geboren wurde, erfolgte im 11. Jahre nach dem ersten Auftreten der elterlichen Syphilis die Geburt eines gesunden Kindes. Die Zeit hatte also nach 11 Jahren endlich das Virus unwirksam gemacht. Es ist dies der bereits vorher eingehend erörterte Fall II meiner Arbeit. Ob sich nicht doch noch in irgend einer Weise einmal an dem Kinde etwas Krankhaftes, was als Erbteil von Seiten des Vaters angesehen werden könnte, zeigen wird, muss dahingestellt bleiben. Dass dieser Fall II die allmählich die Virulenz der Syphilis der Eltern abstufende Wirkung der Zeit, wie sie auch bei Fournier („Syphilis et mariage") und bei Rosinski („Die Syphilis in der Schwangerschaft") geschildert ist, eklatant dartut, ist vorher schon betont worden. Er ist auch ein Belag für die Schlussfolgerung Tarnowskys in seiner Arbeit, „Die syphilitische Familie und ihre Descendenz": „Die Syphilis ist zweifels-

ohne von weit grösserer Gefahr für die Descendenz als für das Individuum selbst", indem hier die Eltern sich während jener 11 Jahre völlig wohl befanden, während eine tote Frühgeburt der anderen folgte. Bei den anderen aufgeführten Zwischenräumen konnte nicht entschieden werden, ob sich jene verhängnisvolle Einwirkung auf die Descendenz nicht noch durch weitere Geburten syphilitischer Kinder bemerkbar machte, da nach der hier erwähnten letzten Geburt über weitere solche nichts bekannt war und auch nichts festgestellt werden konnte. Der Fall mit dem zeitlichen Abstand von 4 Jahren ist unter V abgehandelt worden; ganz einwandsfrei ist er nicht. Ganz sicher ist der Fall mit dem Zwischenraum von 6 Jahren zwischen den bewussten Ereignissen. Seine Geschichte soll hier in Kürze folgen:

X. Ausschlag und breite Kondylome der Mutter vor 6 Jahren. Schmierkur von 7 Wochen. Seitdem keine Zeichen einer Lues ihrerseits. Nach 2 Jahren Aborte im V. Monat. Nach weiteren 3 Jahren Geburt einer macerierten Frucht im VII. Schwangerschaftsmonat. Im Jahre darauf Geburt eines macerierten Kindes im IX. Schwangerschaftsmonat mit erheblichen syphilitischen Organerkrankungen. Placentarzotten stark gequollen und kolbig verdickt. Also eine 6 Jahre zurückliegende Lues der Mutter (angeblich durch Uebertragung von dem Erzeuger des 1. Kindes) die Ursache der Erkrankung dieses 3. Kindes! Gleichzeitig sehen wir auch hier wieder die Wirkung der Zeit auf den Verlauf der einzelnen Schwangerschaften in der bekannten typischen Weise ausgeprägt. Für den 5jährigen Zwischenraum habe ich 2 Fälle, den bereits aufgeführten Fall VII und folgenden: XI. Primäraffekt des Vaters vor 8 Jahren. Behandlung.

6 Jahre darauf Heirat. Im nächsten Jahre abortiert die Mutter, die nie syphilitische Erscheinungen gehabt haben will, die auch keine Anzeichen einer früheren Lues darbietet, im VI. Schwangerschaftsmonat. Im folgenden Jahre abermals Abort im VI. Monate der Gravidität. Placenta gesund. Für den abermaligen Abort keine andere Erklärung als die 6 Jahr zurückliegende luetische Infektion des Erzeugers. XII. Wahrscheinliche luetische Infektion der Mutter vor 12 Jahren. Die Gravide, die einen durchaus glaubwürdigen Eindruck machte, gab hierzu an: Vor jenen Jahren einige Male rotfleckiger Ausschlag am Körper, Geschwüre auf der Stirn, am Rücken und an den beiden Unterschenkeln. Dieselben Erscheinungen soll ihr Vater damals gehabt haben. Keine Behandlung. Nie Menstruationsstörungen. Nie Schwellung der Füsse oder Augenlider. Die Untersuchung in der Frauenklinik ergab: Auf der Stirn, auf dem Rücken, an beiden Tibien pigmentierte Narben, eine ziemlich grosse weisse Narbe an der Aussenseite der linken grossen Labie. In der Ehe erfolgten: Vor 4 Jahren Abort im III. Monat, im nächsten Jahre Frühgeburt von 6 Monaten (Kind lebte 5 Stunden), im Jahr darauf Geburt einer macerierten Frucht im VI. Monat und schliesslich im folgenden Jahre (12 Jahre nach jenen Erscheinungen) Frühgeburt eines macerierten Kindes mit Pemphigus syphiliticus in der rechten Palma im VII. bis VIII. Monat. Der Vater war angeblich nie krank und weist auch nichts auf ehemalige Lues Verdächtiges auf. Normale Placenta. Auch hier wieder der charakteristische Verlauf der einzelnen Schwangerschaften! Stellen wir zu diesem Fall den IX. und II., so ergeben sich aus dem Vergleich interessante Momente, Momente, wie wir sie fast

in der ganzen über die Lues hereditaria bestehenden Literatur erwähnt finden. Momente, die besonders auch von Fournier, Kassowitz und neuerdings noch von Rosinski betont worden sind. Es sind dies die bei Betrachtung dieser 3 Fälle auffallend in die Augen springenden Einflüsse der Zeit, Behandlung und des Charakters der Lues der Erzeuger. Bei Fall II wurde erst nach 11 Jahren das erste gesunde (jedenfalls augenblicklich) Kind geboren. Dafür hatte der Vater, von dem die Lues auf die Descendenz vererbt wurde, aber nur eine kurze einmalige Behandlung erfahren, wenn auch seine Lues nicht recidiviert haben soll. Im Falle IX dagegen wurde schon nach 2 Jahren und 10 Monaten ein Kind geboren, das zwar noch hereditär syphilitisch war, aber immerhin bereits ausgetragen war und eine gewisse Lebensfähigkeit mit auf die Welt brachte. Der Vater war aber auch intensiv behandelt worden. Wenn nun das Kind trotzdem syphilitisch war und nicht am Leben blieb, so lag das einmal an dem kurzen Zeitzwischenraum und an der immer neue Erscheinungen machenden, d. h. schweren Syphilis des Vaters. Und schliesslich deutet der Fall XII in dem Verlaufe der Schwangerschaften einmal zurück auf die einst wohl recht schwere Erkrankung der Mutter, zweitens auf das Fehlen jeglicher Behandlung und drittens auf eine doch allmählich mildernde Einwirkung der Zeit. Zu diesen Fällen passt, was Kassowitz in seiner Schrift „Über den gegenwärtigen Stand der Lehre von der Vererbung der Syphilis" sagt: „Wenn die Syphilis der Zeugenden nicht durch merkurielle Kuren energisch bekämpft wird, wird sie auf sämtliche Kinder viele Jahre hindurch übertragen." Ebenso kann auch hier auf den folgenden

Ausspruch, den er in derselben Schrift tut, wenn wir an den Abort im II. Schwangerschaftsmonat in Fall IX denken, hingewiesen werden: „Eine frische (2 bis 3 Jahre alte) Syphilis der Eltern hat eine sehr hochgradige und frühzeitig ausbrechende Erkrankung der Frucht zur Folge.“ Als weiteren Beweis für die Richtigkeit einer solchen Ansicht möchte ich noch die drei folgenden Fälle anführen: XIII. Der Gemeinschaft des Ehepaares D. entsprossen 6 Kinder, die von einer ererbten Lues nichts zeigten. Dann acquirierte der Ehemann im Jahre 1899 bei einem ausserehelichen Beischlaf Syphilis und inficierte alsbald seine Frau. Diese schmierte nur 13 Male, während der Mann sich selbst behandelte. Es folgten: Im Dezember 1900 ein Abort im VI. Monat, im August 1901 ein Abort im IV. Monat, im Februar 1903 die Geburt eines macerierten Kindes im IX. Monat, das syphilitische Organveränderungen und Osteochondritis syphilitica zeigte. Es schneit also hier die Lues in eine bis dahin gesunde Ehe hinein und sofort zeigen die Früchte, die nunmehr geboren werden, schwere und frühzeitige Erkrankungen. Dazu kommt noch eine Behandlung der Eltern hinzu, die in keiner Weise geeignet ist, die Virulenz der frischen Lues einzudämmen. Zu beleuchten wäre an diesem Falle noch die Eigentümlichkeit, dass der erste Abort im VI., der zweite im IV. Monat erfolgte. Sollte dieser Widerspruch gegen die Regel, nach der die Frau zuerst im IV. Monat hätte abortieren müssen, auf Zufall beruhen! Wir wollen uns dies zu erklären versuchen! Im Dezember 1900 fand jener erste Abort statt. Mithin musste die Frau im Juli 1899 koncipiert haben. Im August dieses Jahres erkrankte sie aber erst an Syphilis, während

ihr Ehegatte bereits früher an dieser Krankheit litt. Die Ursache des Aborts könnte also das mit syphilitischem Virus behaftete Sperma des Ehegatten gewesen sein, wenn wir bedenken, dass die Frau zur Zeit der Konception noch keine floride Lues hatte und andererseits, dass eine postkonceptionelle Uebertragung nach den Angaben in der Literatur (Kassowitz, Hochsinger, Rosinski) zu den Seltenheiten gehört. Für den Abort im IV. Monat aber, der im August 1901 erfolgte bei der Konception mit dieser Frucht muss also die Mutter sich schon in der syphilitischen Diathese befunden haben könnte man ruhig Lues hereditaria ex matre als Grundlage annehmen. Sollte dies nicht hindeuten auf Fourniers (Syphilis et mariage) Behauptung, dass die Syphilis der Mutter viel stärker und gefährlicher für das Kind ist! Vielleicht wäre also die Erklärung die: Der erste Abort beruhte auf Lues hereditaria ex patre, er erfolgte im VI. Monat. Der zweite Abort hat seinen Grund in der maternen Lues und fand daher, da doch die materne Lues für das Kind unheilvoller sein soll, entgegen den Erfahrungen über die Reihenfolge des Verlaufs der einzelnen Schwangerschaften bei Syphilis der Eltern nicht in einem späteren Monat, sondern früher statt.

XIV. Frau N. gebar in erster Ehe 6 gesunde Kinder, die sämtlich noch leben und gesund sind. Darauf starb ihr Mann, und sie verheiratete sich zum zweiten Male. 1 Jahr nach der Hochzeit gebar sie ein macceriertes Kind im VIII. Monat der Gravidität. Die Frau bot keinerlei Zeichen, die Verdacht auf Lues materna erwecken konnten, dar. Ihre Angaben, die durchaus glaubwürdig erschienen, lauteten gleichfalls in dieser Beziehung negativ. Der Mann leugnete anfangs hartnäckig und wiederholt, Syphilis je gehabt zu haben. Nach

mehreren persönlichen Vorsprachen in seiner Wohnung rückte er endlich mit der Sprache heraus und gestand, dass er ein halbes Jahr vor seiner Verheiratung sich eine Syphilis geholt habe. Er habe dagegen 10 Einspritzungen erhalten, wäre dann aber, da dieselben wehe taten, nicht mehr zum Arzt gegangen. Uebrigens habe ich die letztere Angabe häufiger gehört Sein Penis zeigte auf dem Rücken an der Corona glandis eine Narbe. Die Lues wird hier durch den zweiten Mann in die bis dahin gesunde Ehe gebracht. Er inficiert zwar nicht die Frau, aber er wird der Erzeuger eines (**ex patre**) luetischen Kindes.

XV. A. bekam im Sommer 99 ein Geschwür am Penis. Er ging damit zum Arzt, seinem späteren Hausarzt, und dieser liess ihn eine 8wöchige Schmierkur durchmachen. Weitere luetische Symptome traten nicht auf, auch erfolgten keine Recidive. Juli 1901 Heirat. Die Frau war stets angeblich gesund gewesen, hatte insonderheit während der Ehe nichts gezeigt, was den Verdacht auf Lues hätte erwecken können. Auch der vorher schon erwähnte Hausarzt hatte an ihr nie etwas Verdächtiges bemerkt. April 1902 Frühgeburt im VIII. Monat, Februar 1903 Geburt einer macerierten Frucht im VII. Monat. Die Sektion des letzten Kindes führte zu der Diagnose: Lues congenita. Bei der Untersuchung zeigte die Frau nichts Krankhaftes. Auch diesmal bleibt die Frau jedenfalls dem Anschein nach — frei von Lues, bringt aber zwei **ex patre** syphilitische Kinder zur Welt. Weder dieser Mann noch der im vorhergehenden Fall erwähnte durfte in Anbetracht der kurzen Zeit, die seit der syphilitischen Infektion verflossen war, heiraten, was ja aus den Folgen dieser beiden Ehen hervorgeht.

Im Verlauf der Arbeit habe ich bei allen Fällen, soweit es mir notwendig erschien, auf die Behandlung, welche die Eltern erfahren hatten, und den Erfolg derselben für das Kind hingewiesen. Nur beim Falle I habe ich mir dies bis jetzt absichtlich aufgespart, weil mir hier die Behandlung als von besonderem Erfolg begleitet erschien. Wie erwähnt, zeigten sich bei der schwangeren Mutter bei ihrer Aufnahme in die Frauenklinik Symptome sekundärer Lues. Sie erhielt nun dagegen Sublimatinjektionen. Vielleicht könnte hierin eine Behandlung des Kindes durch die schwangere Mutter gelegen haben und auf diese Weise die nur leichte Erkrankung des noch lebenden Kindes erklärlich sein. Aber dies soll ebensowenig als absolut sicher von mir hingestellt werden wie die Annahme einer Parasyphilis für diesen Fall. Was ich oben in Erörterung dieses Falles über die hierzu herangezogene Ansicht Fingers sagte, wird durch diese Auffassung von der Wirkung der Behandlung nicht berührt, da die Behandlung doch immerhin erst sehr spät erfolgte, als dass sie sehr schwere Alterationen des Kindes hätten hintanhalten können.

Die in der einschlägigen Literatur vorzüglich aufgestellte Prophylaxe ergiebt sich aus der Erörterung der einzelnen Fälle von selbst.

Ebenso wie auf die Behandlung habe ich auf die verschiedenen Uebertragungsmöglichkeiten bei der Erörterung der einzelnen Fälle hingewiesen, soweit sie überhaupt solche Deduktion zuliessen.

Hinzufügen will ich nur noch, dass das Material, das mir zur Verfügung stand, allerdings nicht die in den wissenschaftlichen Arbeiten über diese Fragen geforderten Be-

dingungen strikt erfüllte. Meiner Ansicht nach sind aber auch Fälle, die eine diesbezügliche Kombination zulassen, welche voll und ganz einleuchtet, gleichfalls als beweisend anzusehen. Voraussetzung ist natürlich, dass die Angaben der betreffenden Personen richtig sind. Da nun bei dem klinischen Betriebe es wohl möglich ist, dieselben immer wieder und wieder aufs eindringlichste zu befragen, so müsste man sich wohl auf die Geburtsberichte verlassen können. Mit der Richtigkeit dieser Notizen steht und fällt selbstverständlich jede darauf aufgebaute Arbeit.

Der Zweck meiner Arbeit war, zu zeigen, dass auch die Spitalpraxis zur Erörterung der vorliegenden Frage wohl herangezogen werden kann. Auch sie lässt den Forscher zu genügenden Resultaten kommen, wenn bei der Anfertigung der Berichte seitens der betreffenden Aerzte möglichst weitgehende Informationen vor allem auch über den in Betracht kommenden Vater eingezogen worden sind. Natürlich wird der praktische Arzt hier stets mehr erreichen aus den schon zu Beginn der Arbeit angeführten Gründen. Die praktische Bedeutung solcher Erkundigungen ist eine immense. Denn nur sie können zu einer richtigen Prognose und Therapie führen, wie das auch Tarnowsky in seiner Arbeit betont.

Literatur.

Finger, Die Vererbung der Syphilis, Wiener Klinik 1898.

Fournier, Syphilis et mariage, Paris 1890.

Hochsinger, Eine neue Theorie der congenitalen syphilitischen Frühaffekte, Wiener medizinische Wochenschrift 1897.

Hochsinger, Ueber das Collessche Gesetz und den Choc en retour bei der hereditären Syphilis, Wiener medizinische Wochenschrift 1897.

Kassowitz, Ueber den gegenwärtigen Stand der Lehre von der Vererbung der Syphilis, Wiener medizinische Blätter 1880.

Kassowitz, Ueber Vererbung und Uebertragung der Syphilis, Jahrbuch für Kinderheilkunde 1884.

Rosinski, Die Syphilis in der Schwangerschaft, Stuttgart 1903.

Tarnowsky, Die syphilitische Familie und ihre Descendenz, Petersburg 1902.

Für die gütige Ueberweisung der Arbeit und Unterstützung bei Abfassung derselben spreche ich Herrn Professor Dr. Winter meinen ergebensten Dank aus.

Lebenslauf.

Am 21. Januar 1878 wurde ich, Karl Johannes Kühnlein, evangelischer Konfession, als Sohn des Buchdruckers Franz Kühnlein und seiner Frau Helene, geb. Schönemann, zu Berlin geboren. Den ersten Unterricht genoss ich in der Stadt-Elementarschule zu Riga vom 9. bis zum 12. Lebensjahre. Von Januar 1889 bis März 1890 besuchte ich das Stadtgymnasium ebendaselbst und von Ostern 1890 ab das Altstädtische Gymnasium zu Königsberg i. Pr., das ich Ostern 1898 mit dem Zeugnis der Reife verliess. Darauf studierte ich an der Albertus-Universität zu Königsberg Medizin und bestand daselbst die ärztliche Vorprüfung am 5. Mai 1900, die ärztliche Prüfung am 9. Februar 1903 und das Kolloquium am 29. Juli 1903.

Meiner Dienstpflicht mit der Waffe genügte ich im Sommer 1898 beim 1. Masurischen Infanterie-Regiment Nr. 146.

Während meiner Studienzeit besuchte ich die Vorlesungen und Kurse folgender Herren Professoren und Dozenten:

M. Askanazy, S. Askanazy, Braatz, Braun, Bunge, Caspary, v. Eiselsberg, Falkenheim, Garrè, Gerber, Heisrath, Hermann, Jäger, Jaffe, Kuhnt, Leutert, Lichtheim, Lossen, Luerssen, Meschede, Neumann, Pape, Pfeiffer, Prutz, Rosinski, Samter, Samuel †, Schreiber, Seydel, Stieda, Winter, Zander.

Allen diesen meinen verehrten Lehrern statte ich an dieser Stelle meinen besten Dank ab.